

Канус И.И., Илюкевич Г.В.,
Капанович В.Н.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

/ Минск /

Проблема лечения распространенных перитонитов (РП) остается весьма актуальной для хирургов и анестезиологов-реаниматологов, ибо даже успешно выполненная операция не всегда гарантирует окончательный успех в связи с развитием в послеоперационном периоде выраженного синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). Данное обстоятельство требует безотлагательного проведения адекватной комплексной интенсивной терапии.

Настоящее исследование основано на результатах лечения 1017 больных с РП различной этиологии, находящихся на лечении в отделении реанимации ГК БСМП г.Минска. Все пациенты были оперированы в срочном порядке. Наличие и прогрессирование в послеоперационном периоде СЭИ у данной категории больных являлось абсолютным показанием для проведения комплексной интенсивной терапии, которая велась по следующим направлениям:

1. Адекватное обезболивание ненаркотическими или наркотическими анальгетиками.

2. Восстановление и поддержание на должном уровне адекватной вентиляции легких и газообмена (ингаляция O_2 , ИВЛ в различных режимах), сердечного выброса и устранение высокого сосудистого сопротивления, коррекция гемодинамических расстройств (изокет, допамин, курантил, трентал, реополиглюкин, неорондекс).

3. Рациональная антибиотикотерапия, которая подразделяется на:

а) эмпирическую (до получения данных антибиотикограммы) терапию — аминогликозиды, полусинтетические пенициллины, клиндамицин, цефалоспорины с метронидазолом или монотерапия тиенамом;

б) целенаправленную, основанную на подборе и коррекции режима антибиотикотерапии с учетом клиники и данных антибиотикограммы.

4. Восстановление и поддержание нарушенных функций организма, включающие коррекцию изменений водно-электролитного, кислотно-щелочного, белкового обменов и т.д. (инфузия 5-10% и 20% растворов глюкозы, электролитов, альбумина, свежезамороженной плазмы, коллоидных растворов). Идеальным коллоидным раствором является неорондекс, оказывающий корригирующее действие на основные параметры гомеостаза.

5. Иммунокоррекция (тимоген, тималин, Т-активин, иммуноглобулины, ронколейкин).

6. Полное, адекватное и раннее парентеральное питание, состоящее из растворов глюкозы, аминокислот и жировых эмульсий. Для обеспечения анаболического эффекта вводили коферменты, витамины, ангиопротекторы, анаболики (кокарбоксилаза, содувит, виталипид, троксевазин, рибоксин, эввенциал и т.д.).

7. Коррекция нарушений системы протеолиза препаратами-ингибиторами. В последнее время такая возможность заметно расширилась в связи с выпуском отечественного ингибитора протеолиза омомина.

8. Восстановление функции желудочно-кишечного тракта (аспирация желудочного и кишечного содержимого, эпидуральный блок, клизмы, но-шпа, папаверин, бензогексоний, церукал и т.д.).

9. Активные методы детоксикации (энтеросорбция, ранняя гемоперфузия).

Разработанная и применяемая в клинике схема комплексной интенсивной терапии позволила стабилизировать основные показатели гомеостаза, быстро и эффективно купировать явления эндогенной интоксикации у больных с распространенным перитонитом и снизить летальность с 31,8% до 12,2%.